FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 67

DES

RÉTENTIONS D'URINE INFLAMMATOIRES

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 JUIN 1887

PAR

Jean-Édouard BON

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Donzacq (Landes), le 11 mai 1862

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MASSE,	professeur,	*président.*
BADAL,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17
1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 67

DES

RÉTENTIONS D'URINE INFLAMMATOIRES

ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 JUIN 1887

PAR

Jean-Édouard BON

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Donzacq (Landes), le 11 mai 1862

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM.	MASSE,	professeur,	*président.*
	BADAL,	professeur,	*juges.*
	POUSSON,	agrégé,	
	DENUCÉ,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ.....
BITOT ..... } Professeurs honoraires.
MICÉ.....

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie.....	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Pathologie interne.....	DUPUY
Pathologie externe.....	AZAM..
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique	De FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Médecine expérimentale.....	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PITRES.
	PICOT.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale.....	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	LANDE.
	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	DUDON.
	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements.....	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. } MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle. .... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants.	MM. NÉGRIÉ.	Maladies vénériennes.....	MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants.	N.	Maladies mentales.....	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE Dr MASSE

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE Dr FONTORBE

Médecin principal de la Marine, Professeur à l'École de médecine navale de Rochefort.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0067

DES

RÉTENTIONS D'URINE INFLAMMATOIRES

ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION ET PLAN.

Dans quelques circonstances de notre courte carrière médicale, nous avons été appelé à pratiquer le cathétérisme chez des sujets atteints de blennorrhagie, et nous avons été chaque fois ému des douleurs que nous déterminions et effrayé par les accidents que notre intervention pouvait amener. Aussi, c'est avec une curiosité légitime que nous avons suivi les quelques cas de rétention d'urine chez des sujets blennorrhagiques que nous avons pu observer. Dans ces cas, malheureusement peu nombreux pour notre instruction, le malade a été soumis à un traitement qui nous a paru très logique et qu'un plein succès a couronné. Ce sont ces observations que nous avons pris pour base de notre travail.

L'idée qui a guidé le chirurgien nous a séduit par sa simplicité : mettre au repos l'organe malade. Cette idée déjà formulée depuis longtemps a reçu la confirmation des faits. Nous ne ferons pas l'énumération des maladies nombreuses, tant médicales que chirurgicales, où elle a triomphé. Mais puisque nous parlons

de voies urinaires, nous dirons que c'est elle qui a conduit William Parker lorsqu'il imagina la cystotomie dans les cas rebelles de catarrhe de la vessie.

Notre sujet comprend trois chapitres : Dans le premier, nous expliquerons notre manière de comprendre les rétentions d'urine inflammatoires, leur étiologie, leur pathogénie, leurs symptômes.

Dans le second, nous parlons de leur traitement classique, comprenant un traitement général antiphlogistique et l'évacuation de l'urine par la sonde. Nous énumérons les inconvénients et les dangers du cathétérisme.

Dans le troisième, c'est la ponction capillaire qui nous occupe ; nous faisons ressortir sa parfaite innocuité.

Dans une quatrième partie enfin se trouvent nos observations, leur discussion et nos conclusions.

Tel est en quelques lignes le modeste travail que nous soumettons à la bienveillance de nos juges.

En terminant qu'il nous soit permis de remercier M. le docteur Fontorbe, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, qui nous a encouragé dans la voie que nous avons suivie.

Que M. le professeur Masse veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

RÉTENTIONS D'URINE D'ORIGINE INFLAMMATOIRE

Etiologie, Pathogénie. — La rétention d'urine est une complication qui surgit dans un grand nombre de maladies des voies urinaires, et un symptôme qu'on observe en dehors de toute affection de cet appareil.

Les rétentions déterminées soit par une lésion des centres nerveux, fractures et luxations du rachis avec lésion de la moelle, mal de Pott, sclérose de la moelle, ataxie, etc...; les rétentions produites par un obstacle situé en dehors des voies urinaires, déplacement osseux, infiltration sanguine dans les fractures du bassin, tumeurs, néoplasmes de l'excavation pelvienne, etc.; celles qui sont consécutives à des ruptures traumatiques du canal de l'urèthre sont en dehors de notre sujet.

Les plus fréquentes de beaucoup s'observent dans les maladies des voies urinaires et reconnaissent deux ordres de causes : ou bien une lésion déjà ancienne, rétrécissement, hypertrophie prostatique, affection calculeuse amenant l'engagement d'un calcul dans le canal ; ou bien une affection récente et aiguë, uréthrite, prostatite, cystite déterminant un obstacle temporaire à la miction.

L'inflammation et la congestion, de même que le spasme de l'urèthre, peuvent venir se surajouter aux lésions antérieures permanentes de l'urèthre ou de la vessie pour produire la rétention.

Mais nous n'avons en vue que les cas particuliers où l'inflammation et la congestion compliquées ou non de spasme constituent à elles seules tout l'obstacle à l'élimination des urines.

Presque tous les auteurs qui se sont spécialement occupés de la chirurgie des voies urinaires ont à peu près laissé dans l'ombre ce point de pathologie. Thompson lui donne à peine quelques lignes; Le Dentu n'en parle qu'incidemment ; mais Guyon lui a consacré une de ses plus intéressantes leçons cliniques, où nous avons largement puisé.

Après avoir établi que l'élément inflammatoire peut jouer un rôle pathogénique important dans toutes les variétés de rétention d'urine, Guyon parle des cas où l'élément inflammatoire et plus encore l'élément congestif, presque toujours compliqués de l'élément spasmodique, suffisent pour entraîner la rétention.

Les malades chez lesquels on observe cet accident sont en général des blennorrhagiques ; tantôt l'écoulement est à l'état aigu; tantôt à son déclin, il peut même être complètement guéri, et c'est en fêtant trop tôt leur rétablissement que les malades sont atteints de rétention d'urine.

Les injections abortives, les injections préservatrices peuvent l'entraîner. « Il faut alors s'en prendre à la manière dont est poussée l'injection plutôt qu'à la nature du liquide. Après un coït suspect et surtout après un coït extra-conjugal, la crainte de la blennorrhagie est l'une de celles qui hantent l'esprit du coupable. Il demande à l'injection de prévenir les conséquences de sa faute; convaincu qu'elle sera d'autant plus efficace qu'elle pénétrera plus profondément, il la pousse avec autant de force que de conscience. Il l'oblige à franchir l'entrée de l'urèthre profond et à pénétrer de vive force dans la région prostatique de l'urèthre et jusque dans la vessie. »

Guyon a vu ainsi mourir d'une prostatite phlegmoneuse diffuse qui avait amené une rétention d'urine un homme de 50 ans jusque-là indemne de tout trouble de la miction.

Parmi les modifications pathologiques que la blennorrhagie fait subir à l'urèthre, il en est une qui nous importe ; c'est l'engor-

gement et l'épaississement des membranes, membranes qui ne recouvrent plus leur souplesse primitive, et qui dans certains cas de blennorrhagie chronique peuvent acquérir une épaisseur quadruple.

Ce fait nous permet d'admettre avec Guyon une rétention d'urine d'origine purement uréthrale. Ce conduit représente en effet, une manche à eau dont les parois doivent être régulièrement écartées pour permettre le libre écoulement de l'urine. Si les parois s'épaississent et deviennent rigides, il en résulte une diminution notable de la lumière du canal et une résistance passive à la colonne liquide que la moindre congestion rendra invincible.

Lorsque l'inflammation a gagné la portion prostatique de l'urèthre, la glande s'enflamme à son tour; elle devient douloureuse, augmente de volume, et peut obstruer complètement la lumière du canal. Suivant le degré de gonflement, on aura ou de la gêne de la miction ou de la rétention d'urine. Toutes les prostatites, en effet, n'amènent pas ce dernier accident qui, d'après Guyon, ne s'observe que dans la proportion de 2 sur 5.

Suivant le même auteur, le spasme de l'urèthre vient presque toujours s'ajouter à ces lésions. Il siège dans l'urèthre profond — portion membraneuse et portion prostatique, — lequel est seul pourvu d'un appareil musculaire. Mais la portion membraneuse, la plus riche en fibres musculaires lisses et striées est le point où il existe d'une façon à peu prés constante.

Si l'inflammation uréthrale fait un pas de plus et envahit le col de la vessie, on constatera tous les signes de la cystite du col; mais en même temps les fibres musculaires de cette portion de la vessie plongées au milieu de tissus fortement hyperhémiés se contractent spasmodiquement soit d'une façon intermittente, soit d'une façon continue, et le spasme gagne ordinairement les fibres musculaires de la prostate et de la portion membraneuse. D'où une contraction permanente qui rend compte aisément de la

rétention d'urine, de sa fréquence et de sa durée en pareille circonstance (Le Dentu).

En dehors de la blennorrhagie et des lésions primitives de l'urèthre ou de la vessie, l'inflammation de la prostate n'est pas une affection fréquente. On admet généralement que les cavaliers y sont prédisposés. Thompson prétend que les preuves manquent pour établir ce fait. Le froid humide sur le périnée, comme quand on reste longtemps assis sur un gazon mouillé, est une cause plus certaine de prostatite aiguë. Quant au cubèbe, au copahu, aux mets épicés, aux irritations du rectum causées par les ascarides, les hémorrhoïdes, leur action est au moins douteuse.

La cystite également est presque toujours symptomatique d'une lésion des voies urinaires, rétrécissement, hypertrophie prostatique, calcul, ou consécutive à un traumatisme de ces mêmes parties, cathétérisme, lithotritie, taille.

La cystite cantharidienne et la cystite a frigore sont à peu près les seules qui puissent se produire en dehors de toute affection antérieure.

Siège de l'obstacle. — De ce que nous venons de dire, il résulte que l'obstacle à la miction résidera en des points différents suivant la cause de la rétention. Si cette cause est purement uréthrale et tient à un gonflement inflammatoire des parois, son siège pourra être assez variable ; ce sera la portion prostatique dans les cas de prostatite. Dans la cystite du col qui entraîne fatalement le spasme, et dans tous les cas d'uréthrite ou du prostatite compliqués de spasme, ce sera la portion membraneuse qui s'opposera à l'introduction de la sonde, comme au libre écoulement des urines.

Symptôme et Diagnostic. — Disons tout de suite que la rétention est complète ou incomplète. Mais la rétention incomplète, dans les cas qui nous occupent, ne diffère ni dans son diagnostic, ni dans son pronostic, ni dans son traitement. Le malade éprouve à peu près les mêmes angoisses ; il peut cependant évacuer une

petite quantité d'urine. Mais cela ne lui procure que peu de soulagement; l'urine n'est expulsée qu'aux prix d'efforts réitérés et la satisfaction que procure cette issue n'est ni complète ni durable (Guyon).

Les malades atteints de rétention inflammatoire sont en général des sujets jeunes. L'interrogatoire ne révélera dans leurs antécédents aucune affection permanente de l'urèthre ou de la vessie; aucun traumatisme périnéal ou intra-uréthral; aucun trouble ancien de la miction pouvant faire soupçonner soit un rétrécissement, soit une hypertrophie prostatique; mais on relèvera presque toujours une blennorrhagie de date plus ou moins récente. Les antécédents sont dans l'espèce de la plus grande importance.

Le patient apprend lui-même au médecin l'impossibilité où il se trouve d'émettre ses urines; son attitude, ses efforts, son agitation, ses angoisses, ses cris, la sueur qui inonde son visage, les mouvements de ses mains qu'il promène fiévreusement et automatiquement de son hypogastre à ses bourses lui diront assez combien ses souffrances sont grandes.

La palpation fera alors reconnaître la distension de la vessie qui dans certains cas a pu remonter au-dessus de l'ombilic. Tantôt l'ovoïde vésical fait relief et se laisse délimiter très exactement, tantôt il ne se traduit que par une sensation de plénitude et de résistance qui contraste avec la souplesse des régions voisines. La percussion donne également des renseignements précieux. La matité est très franche dans les cas de rétention aiguë.

Il importe de pratiquer ensuite le toucher rectal, le malade étant couché sur le dos. On acquiert ainsi des notions sur le bas-fond de la vessie, notions très utiles quand la palpation et la percussion n'ont pas donné de résultats bien nets, sur le volume, la consistance, la forme et la sensibilité de la prostate. Dans les cas de prostatite, on notera du gonflement, une plus grande sensibi-

lité de la glande, ou de la fluctuation lorsque le pus sera formé

Il sera bon d'explorer également les portions pénienne et périnéale de l'urèthre.

Cela fait, on se renseignera avec profit sur les troubles de la miction qui ont immédiatement précédé la rétention. Si l'émission des urines n'était pas plus fréquente, mais pénible, retardée, accompagnée d'efforts douloureux, ce sera une confirmation du diagnostic prostatite.

Si les besoins d'uriner étaient, au contraire, plus fréquents, s'accompagnant de ténesme aux dernières gouttes, si l'urine émise était trouble, renfermant un nuage épais, grisâtre ou du sang, on devra songer à une cystite.

En résumé, lorsqu'un sujet jeune, sans passé uréthral ou vésical, atteint simplement de blennorrhagie depuis quelque temps, aura vu survenir brusquement à la suite d'un excès, d'une injection, d'un refroidissement, une rétention d'urine, on pourra être sûr que la rétention est d'origine inflammatoire.

CHAPITRE II

TRAITEMENT CLASSIQUE. — INCONVÉNIENTS ET DANGERS DU CATHÉTÉRISME

Traitement général. — Le diagnostic étant fait, deux indications s'imposent : Evacuer l'urine et combattre l'inflammation.

L'indication de vider la vessie est quelquefois immédiate et ce doit être le premier devoir du chirurgien. Parfois aussi il est possible de temporiser et d'avoir recours à toute la série des moyens médicaux employés en ces circonstances pour calmer l'inflammation et faire cesser le spasme. C'est ainsi que l'application de sangsues au périnée, les grands bains tièdes et peu prolongés (Guyon), les lavements émollients, et aussi les petits lavements laudanisés, les suppositoires renfermant deux ou trois centigrammes d'extrait de belladone, les cataplasmes, l'administration à l'intérieur de fortes doses d'opium, de chloral ou de bromure de potassium pourront amener une sédation puissante et ramener le cours des urines. On doit toujours y recourir même après avoir vidé la vessie. Ils seront utiles pour prévenir le retour de la rétention.

Cathétérisme et ses inconvénients. — Mais ces moyens peuvent échouer. D'autre part, il peut être urgent avant toute chose d'évacuer l'urine.

Une première question se pose : A quel moment précis le chirurgien doit-il intervenir activement ?

Il est difficile d'indiquer d'une façon exacte les limites de la temporisation. Quoi qu'il en soit, le chirurgien devra tenir compte :

1° Du nombre d'heures de la rétention ; quand elle dure depuis dix ou quinze heures, il devra être très attentif.

2° Du degré de la dilatation de la vessie ; il ne faut pas oublier que les vessies des vieillards ne se dilatent pas aussi largement que celles des individus jeunes (Thompson).

3° Des douleurs éprouvées par le sujet.

4° De l'état général du malade.

Des douleurs très vives, les phénomènes d'excitation, le délire qui surviennent parfois réclament une intervention immédiate.

Il faut aussi faire entrer en ligne de compte les dangers d'une intervention trop tardive.

C'est en premier lieu l'atonie de la vessie. Il est démontré, en effet, qu'une vessie qui a été longtemps et largement distendue ne recouvre pas facilement sa contractilité. C'est ce qui se passe en général chez les prostatiques. Cette sorte de paralysie a suffi souvent pour amener à elle seule la rétention chez des sujets sans lésion antérieure des voies urinaires, qui pour une raison ou pour une autre avaient longtemps retenu leur urine.

En outre, dans les cas de cystite, l'urine au contact du pus subira la fermentation ammoniacale et le carbonate d'ammoniaque formé ne pourra qu'exagérer l'inflammation préexistante. C'est ainsi que se produit le catarrhe chronique de la vessie chez les prostatiques et les rétrécis.

Citons encore la dilatation des uretères, et le retentissement fâcheux que subit le rein ; et enfin la rupture de la vessie, accident rare il est vrai, mais dont les conséquences sont presque fatalement mortelles.

Il est encore une considération que le chirurgien ne doit pas perdre de vue : c'est l'inefficacité des moyens médicaux dans la prostatite franche pour amener l'évacuation de l'urine.

Ceci posé, de quelle façon faudra-t-il évacuer l'urine ? Si nous

consultons les divers classiques qui se sont occupés de la question, il ne saurait y avoir d'hésitation. Thompson, dans les quelques lignes qu'il consacre à la rétention inflammatoire, toujours due, selon lui, à la prostatite, s'exprime ainsi : « Le traitement ancien, le traitement classique d'il y a vingt ans se composait d'émissions sanguines générales et locales, de bains plusieurs fois répétés et de doses élevées d'opium, le tout dans le but de rendre supportable la position du malade, et d'éluder la nécessité du cathéter. En ce qui me concerne, je recours invariablement à la sonde de gomme de moyenne grosseur, pas plus grosse que le n° 6 de la filière anglaise (n° 13 de la filière française) afin d'épargner au patient des douleurs inutiles. »

Il signale en même temps le danger d'une distension vésicale prolongée. Il a vu des malades qui pendant des années n'ont pu vider spontanément leur vessie par suite d'un traitement trop tardif.

Il nous semble que le chirurgien anglais fait trop peu de cas du traitement médical. Les lignes suivantes de Guyon semblent d'ailleurs être une réponse directe. « Il serait vraiment peu chirurgical et presque ridicule de ne pas évacuer par la sonde une vessie trop pleine. Cette plénitude n'est pas sans inconvénient au point de vue de la rétention, mais il serait anti-chirurgical et anti-médical de vouloir s'en remettre seulement au cathétérisme et de ne pas connaître les ressources du traitement médical. »

Il ajoute, il est vrai, qu'il est inutile de s'attarder aux moyens médicaux dans les cas de prostatite, tout en reconnaissant qu'ils sont d'utiles auxiliaires.

Le Dr Eugène Rochard, dans l'article récent qu'il vient de faire paraître dans le Dictionnaire Dechambre, a effleuré la question et se range d'ailleurs à l'opinion de Guyon.

Bien que tous ces auteurs recommandent le cathétérisme comme le seul moyen d'évacuer la vessie, ils ne sont pas cependant sans

faire quelques réserves sur les difficultés de cette opération et sur les dangers qu'elle peut offrir. Nous résumons sous trois chefs les divers inconvénients afférents au cathétérisme :

1° Il est douloureux ;

2° Il est difficile ;

3° Il est dangereux.

Il est facile de prévoir que le passage d'une sonde ou d'un instrument quelconque dans un urèthre généralement enflammé et par conséquent dépouillé par endroits de son épithélium protecteur sera extrêmement pénible pour le patient. C'est là un fait que tout le monde reconnaît ; et c'est pour cela que tous les spécialistes recommandent de procéder avec une douceur extrême, et de ne pas réitérer trop souvent les manœuvres du cathétérisme. Si la douleur était le seul inconvénient, peut-être pourrait-on y obvier cependant à l'aide d'une injection préalable faite dans le canal avec une solution de cocaïne.

Mais l'opération présente en outre des difficultés nombreuses, et les chirurgiens se sont appliqués à décrire avec grand soin la nature des sondes à employer dans ces circonstances. Le manuel opératoire est également décrit avec beaucoup de détails. Il est particulièrement difficile dans les cas de prostatite. La souplesse, la patience, l'habileté sont les qualités requises pour mener à bien l'opération.

Fièvre. — Mais quel que soit le courage du malade et la dextérité du chirurgien, il est des dangers auxquels le sujet reste toujours exposé par le fait du cathétérisme. Civiale, Velpeau, Verneuil ont les premiers attiré l'attention sur la série d'accidents plus ou moins graves que peut entraîner cette opération. Un des plus fréquents est la fièvre urineuse.

Dans les cas simples comme ceux qui nous occupent, l'inflammation étant légère, bien localisée, l'état général bon, et l'opération pratiquée avec les soins nécessaires, ou bien on n'aura pas

de réaction, ou bien on aura un accès de fièvre simple, modéré et de courte durée, comprenant les trois stades de frisson, chaleur et sueur comme dans un accès paludéen (Civiale).

A un autre degré, les surfaces de l'urèthre ou de la vessie ont une sensibilité morbide ou exagérée ; les douleurs produites par l'opération sont plus vives ; on aura un accès plus intense et plus long, et il ne faudra pas s'étonner de voir survenir plusieurs accès (Civiale).

Accidents graves. — Il y a encore des sujets à l'urèthre et à la vessie desquels on ne peut pas toucher sans provoquer des désordres locaux et généraux très graves, parfois la mort. Civiale a observé un cas de mort à la suite de l'introduction d'une sonde dans la vessie. Velpeau, dans une de ses cliniques, rapporte des observations très frappantes.

« Il y a 2 ou 3 ans, un imprimeur bien portant et seulement atteint d'un léger rétrécissement de l'urèthre entre dans cet hôpital. A ma première visite depuis son entrée, je lui passai sans difficultée une bougie fine dans le canal ; le soir même, il fut saisi d'un violent frisson ; le lendemain, des symptômes tétaniques se manifestèrent, et il mourut dans la soirée, vingt-quatre heures après le développement des premiers symptômes. A l'autopsie, nous cherchâmes en vain la cause de la mort, nous ne trouvâmes absolument rien ; les voies urinaires étaient parfaitement saines. »

« Un jeune homme fort et bien constitué entre à l'hôpital ; le lendemain du jour de son entrée, il est sondé. Dans la soirée, il est pris de frissons violents, et je le trouve le lendemain froid, livide, violacé, en proie à des accidents cholériformes ; il meurt au bout de quarante-huit heures. A l'autopsie, je ne trouvai rien, si ce n'est un engouement pulmonaire. »

Vers la même époque, Verneuil publiait un cas analogue, un cas de mort à la suite d'une « opération usuelle presque insignifiante. » Il est vrai que son sujet était porteur à l'autopsie d'une néphrite aiguë double entée sur une lésion chronique.

Nous ne pouvons non plus passer sous silence les observations

curieuses rapportées par Civiale, ayant trait à des suppurations articulaires et musculaires, consécutives à de simples explorations uréthrales. Velpeau en rapporte une également, dans laquelle il ouvrit les articulations tibio-tarsiennnes qui étaient gonflées de pus. La plupart des sujets, il est vrai, étaient déjà affectés depuis longtemps d'une lésion prostatique, calculeuse ou rénale. Mais nous ne devons pas oublier que la blennorrhagie étant une maladie à localisations articulaires fréquentes, le cathétérisme peut fort bien être la cause occasionnelle d'une détermination de cette nature.

L'état de la muqueuse uréthrale enflammée et par conséquent dépouillée par place de son épithélium, le passage de la sonde déterminant aussi par endroits des ulcérations superficielles, le contact de tous ces points béants avec une urine où le cathétérisme répété favorisera la fermentation ammoniacale, voilà sans doute la raison de la fièvre urineuse. Quant aux autres faits, sauf les cas où comme dans l'observation de Verneuil on a trouvé à l'autopsie une néphrite double, leur explication est difficile.

Cystite. — On comprend plus aisément le transport par la sonde du virus blennorrhagique et la contamination des parties voisines. Guyon admet très bien que la cystite se produise de cette façon.

Orchite. — Quant à l'orchite et à l'épididymite on sait combien sa production est facile dans tous les cas d'uréthrite ; toute irritation de l'urèthre, le passage d'une sonde, d'une bougie, d'un instrument lithotriteur peut amener les mêmes conséquences. Le cathétérisme donne donc au malade une chance de plus d'avoir un orchite.

Prostatite. — Dans sa thèse, le D[r] Segond cite un cas de prostatite chez un blennorrhagique dont la cause déterminante fut un cathétérisme.

Cowpérite. — Plus rarement on observera la cowpérite. Rizat en rapporte un cas bien net.

« Ouvrier gantier, atteint de blennorrhagie depuis quelque temps. Les vives douleurs qu'il éprouvait en urinant lui faisaient retarder le plus possible le moment de la miction. Il se présenta à la consultation de l'Hôpital du Midi, avec une rétention d'urine datant de 4 jours. L'examen de la vessie fit voir qu'elle remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Le cathétérisme fut pratiqué, 5 litres d'urine retirés, sans que le jet de la sonde fut un instant interrompu.

Comme la vessie avait perdu son pouvoir contractile, on fut obligé de le sonder pendant quelques jours. A mesure que l'amélioration s'obtenait du côté de la vessie, il fut pris d'une inflammation des glandes de cowper, qui se termina par suppuration. Mauriac ponctionna l'abcès et la guérison s'obtint complètement. »

Hématurie. — A côté de ces accidents dus au transfert du virus par le catheter, nous devons encore en signaler d'autres dus au passage de l'instrument, mais qu'on peut attribuer en partie à l'inexpérience de la main qui le conduit. On a vu toutefois des hématuries même fort abondantes à la suite du cathétérisme qu'on avait lieu de croire très régulièrement exécuté. Mais presque toujours alors on découvre, soit au col, soit dans l'intérieur de la vessie, des particularités qui rendent raison du phénomène, tumeurs fongueuses ramollies, boursouflements de la muqueuse qui tapisse le col vésical. Civiale rapporte un cas curieux publié par Home.

« Un septuagénaire éprouvait de fréquents besoins d'uriner, difficiles à satisfaire et même de temps en temps des rétentions d'urine. La sonde arrivée au col de la vessie fut arrêtée ; cependant elle pénétra et fit sortir deux litres environ d'urine. Le malade put ensuite uriner, mais d'une manière incomplète. Dans un moment où la vessie était distendue, il survint une hématurie qui dura sept heures ; on évalua à trois litres l'urine et le sang qui furent rendus à peu près en parties égales. Le lendemain, disten-

sion énorme de la vessie par de l'urine sanguinolente. L'hématurie se représenta deux fois encore, et, au bout de trois semaines, le malade périt d'épuisement. »

Fausses routes. — Nous mentionnerons également les fausses routes autrefois si fréquentes, et qui, dans les cas actuels, auront beaucoup de chances de se produire : car les rétentions inflammatoires ne sont pas rares ; le chirurgien croira souvent et avec raison à l'existence d'un spasme et n'hésitera pas à se servir d'un instrument métallique pour en triompher.

Accidents divers. — L'évacuation trop prompte et trop complète de la vessie par la sonde est un inconvénient auquel il est facile de remédier, mais pour lequel le chirurgien devra être très circonspect. Des syncopes quelquefois mortelles, la cystite même peuvent être la conséquence d'une trop grande rapidité dans l'élimination des urines. Reliquet a donné une théorie très ingénieuse de la cystite produite dans ces circonstances ; si l'on vide brusquement la vessie, les parois deviennent tout d'abord flasques. La couche musculaire recouvrant sa tonicité et sa contractilité revient sur elle-même plus vite que la muqueuse qui reste flasque. Par ce retrait rapide, cette couche musculaire réduit à la dimension normale le calibre des vaisseaux qui la traversent avant que la circulation de la muqueuse se soit appropriée au nouveau volume de l'organe. Ainsi elle devient une barrière à la circulation de retour de la muqueuse ; celle-ci se congestionne à mesure qu'elle se rétracte ; ses vaisseaux sont gonflés, le sang s'en échappe et il forme des foyers apoplectiques dans la trame de la muqueuse en même temps qu'il suinte à la surface de la paroi vésicale ; tel est le mécanisme de l'hémorrhagie et la cause de la cystite parenchymateuse observée à la suite de la rétention d'urine quand on a vidé trop rapidement la vessie.

Quant à la syncope, c'est un accident toujours désagréable, et

parfois très sérieux. Le fait suivant relaté par Thompson donne une idée de sa gravité.

« Un malheureux fort âgé souffrait depuis longtemps d'une incontinence d'urine, et cet état n'était, en réalité, comme cela arrive souvent, que le signe d'un grande distension de la vessie. La somme d'urine qui s'écoulait goutte à goutte par jour était égale ou presque égale à la quantité normale, et le médecin en avait conclu qu'il n'était pas nécessaire d'introduire une sonde. Certaines circonstances, cependant, obligèrent à pratiquer le cathétérisme. Le vieillard fut placé debout contre un mur, la sonde fut introduite, et donna issue en plein jet à 3 litres d'urine. Mais l'urine n'eut pas plutôt cessé de couler, que le sujet tomba mort aux pieds du chirurgien. Il s'était produit une syncope, sans aucun doute sous l'influence de l'enlèvement d'une aussi forte masse qui pesait depuis longtemps sur les veines et les viscères abdominaux; le sujet se trouvait, malheureusement, dans la plus mauvaise des positions pour attendre les résultats. Si l'on avait pris la précaution de n'évacuer que graduellement et partiellement la vessie, aucun doute que cette catastrophe n'eût été évitée. »

A ce dossier déjà chargé au compte du cathétérisme, nous ajouterons encore une simple remarque ; c'est qu'il est en contradiction absolue avec cette loi dont l'application a conduit aux plus brillants succès thérapeutiques : le repos de l'organe malade.

CHAPITRE III

PONCTION CAPILLAIRE. — SES AVANTAGES

Etant donné les dangers multiples du cathétérisme, et étant admis ce principe que tout organe enflammé doit se reposer, il était naturel de chercher un moyen d'évacuer l'urine moins difficile et moins périlleux et qui permît en même temps de ne fatiguer ni l'urèthre ni la vessie. Depuis longtemps déjà, chaque fois que la sonde ne pouvait pénétrer, on n'hésitait pas à pratiquer la ponction vésicale au-dessus des pubis. Mais les instruments alors employés étaient des trocarts volumineux, déterminant dans les tissus une plaie assez importante pour amener de temps à autre l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire, et l'inflammation du péritoine. Aussi chercha-t-on d'autres voies : la voie rectale, la voie périnéale (Voillemier), la voie pubienne (à travers la symphise pubienne) furent successivement préconisées et abandonnées. La ponction sus-pubienne est presque exclusivement employée aujourd'hui ; car le cathétérisme forcé, les injections forcées, la boutonnière périnéale employés dans le but de donner issue à l'urine, quand la sonde était impuissante, n'appartiennent plus qu'à l'histoire de la chirurgie. Il était immédiatement évident que la piqûre déterminée par une fine aiguille serait beaucoup moins dangereuse que la plaie produite par les trocarts assez volumineux dont on se servait généralement. C'est ce qui a conduit à l'idée des ponctions vésicales avec l'appareil Dieulafoy.

D'ailleurs la fine aiguille aspiratrice avait été plongée dans toutes les cavités sans déterminer d'accidents. La plèvre, le péricarde, le péritoine lui-même ont pu être impunément traversés par

elle. La ponction capillaire dans les hernies étranglées a donné de très bons résultats (Brun-Buisson). Nous avons nous-même constaté par deux fois les heureux effets de ce procédé thérapeutique. Il était donc naturel de piquer hardiment la paroi abdominale pour pénétrer dans la vessie, et des observations nombreuses sont venues immédiatement confirmer ces prévisions.

En 1871, le Dr Watelet parle d'un malade atteint d'hypertrophie prostatique et de rétrécissements multiples. La rétention était complète et le cathétérisme impossible par le fait de fausses routes. 23 ponctions furent pratiquées en 8 jours. La miction se rétablit. La mort étant survenue plus tard par cachexie urinaire, on constata l'intégrité parfaite des parties traversées par l'aiguille.

Vers la même époque, le Dr Bergonier, de Rambouillet, cite un cas où 28 ponctions furent faites dans 21 jours pour une hypertrophie prostatique, avec fausses routes anciennes et récentes. Pas d'accidents.

Dieulafoy (1873) fait la statistique suivante : sur 12 prostatiques ayant été soumis à la ponction capillaire, aucun n'a succombé ni même présenté le plus petit accident. Parmi ces malades, il en est plusieurs qui n'ont subi qu'une ponction, mais il en est quatre chez lesquels la ponction a été répétée jusqu'à 11 et 14 fois.

En 1876 le Dr Henriet publie le fait suivant : Ponction capillaire exclusivement employée du 14 au 21 juillet pour évacuer la vessie. On y recourut encore le 25 août. Une seule ponction suffit. Le cathétérisme devint possible. Le malade guérit et ne souffrit pas un instant des suites de ses ponctions.

Des observations analogues très nombreuses ont permis au Dr Watelet de poser les conclusions suivantes que nous acceptons :

1° La ponction capillaire est une opération d'une parfaite innocuité ;

2° Dans tous les cas elle doit être substituée à la ponction hypogastrique ordinaire ;

3° Enfin elle peut être pratiquée deux et quatre fois par jour et remplacer ainsi le cathétérisme dans les cas où celui-ci est impossible.

Mais nous ferons un pas de plus, et nous dirons avec Fochier, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, que l'innocuité de la ponction capillaire doit interdire le cathétérisme toutes les fois qu'il sera ou difficile, ou dangereux, ou très douloureux.

La ponction capillaire est inoffensive ; c'est un fait acquis. Mais elle est, en outre, moins douloureuse que le cathétérisme au moins dans le cas d'uréthrite. B..., qui fait le sujet de notre seconde observation, et qui avait été sondé une fois au début, nous disait préférer de beaucoup la piqûre de l'aiguille à l'horrible douleur que lui infligeait le passage de l'algalie.

Le manuel opératoire est excessivement simple. Dans les cas que nous rapportons, on s'est servi de l'appareil Dieulafoy et de l'aiguille n° 2. Le sujet est couché; on s'assure de la distension de la vessie, et le vide étant fait dans le corps de pompe, l'aiguille est plongée dans les tissus, à quelques millimètres au-dessus du pubis et près de la ligne médiane. L'urine se précipite immédiatement dans le corps de pompe; on fait la manœuvre de robinets connue pour l'évacuer, et l'on continue ainsi l'opération lentement, graduellement, avec une parfaite sécurité pour le malade.

A côté de ces avantages on cherche en vain le danger de la ponction. Guyon a rapporté pourtant un cas de mort. L'aiguille s'était brisée dans la vessie. C'était un sujet très gras, et l'interne qui avait fait l'opération avait été obligé de maintenir l'aiguille complètement plongée dans les tissus, avec son doigt. Il suffira pour éviter cet accident d'employer des aiguilles très longues, chez les sujets obèses.

Il est peut-être un peu théorique de dire que l'aiguille, lorsqu'on la retire lentement de l'abdomen, pourra laisser tomber dans le tissu cellulaire quelques gouttes d'urine susceptibles d'y produire

une inflammation. On y obvie d'ailleurs facilement en maintenant le vide dans l'appareil, et en pressant sur les parois abdominales de manière à tasser légèrement le tissu conjonctif pendant qu'on retire brusquement l'aiguille.

Ainsi en nous résumant, du côté du cathétérisme la douleur, les difficultés opératoires, les dangers multiples, l'irritation répétée de l'organe malade; du côté de la ponction, douleur moins grande, parfaite simplicité d'exécution, absence de tout danger, repos de la muqueuse de l'urèthre et du col de la vessie. Ce sont ces considérations qui ont guidé le chirurgien dans les deux observations que nous rapportons.

Dans les 2 cas, les suites du traitement ont été très simples. Le malade a recouvré au bout de peu de temps la faculté d'uriner spontanément, et il ne s'est produit aucune complication.

OBSERVATION I

Prostatite blennorrhagique et rétention d'urine.

P..., âgé de 28 ans, ouvrier menuisier, de nationalité allemande, né dans le Hanovre, entre dans le service des blessés de l'hôpital civil de Rochefort-sur-Mer, pour rétention d'urine, le 28 octobre 1885. Service de M. le professeur Fontorbe.

Le malade est atteint depuis une quinzaine de jours d'uréthrite, affection dont il est affligé pour la troisième fois. Jusqu'à ce jour la miction s'était faite assez facilement et même sans douleur trop marquée, lorsque le 26 au soir P... fait des abus alcooliques. Le lendemain à son réveil, rétention d'urine incomplète, et le surlendemain absolument complète. Le malade est alors transporté à l'hôpital.

A son entrée on constate qu'il est abattu, qu'il éprouve des souffrances assez vives pour lui arracher des cris. Il est courbé en deux et comprime de ses deux mains sa vessie distendue. Il n'a pas seulement des douleurs locales, il souffre encore de névralgies réflexes dans les cuisses, les lombes et la verge. Enfin il accuse cette sensation de pesanteur et de fourmillement

pathognomoniques de la prostatite. Les défécations sont pénibles depuis deux jours et extrêmement douloureuses.

La fièvre, à son entrée 38°, se manifeste accompagnée de ses symptômes ordinaires : soif, inappétence, insomnies, agitation.

La vessie remonte à 8 centimètres au-dessus du pubis.

Introduit par le rectum, le doigt perçoit au niveau de la prostate, une tumeur chaude, volumineuse, proéminente. L'inflammation n'a pas encore envahi tout l'organe, le côté gauche seul est atteint.

En présence de cet état, on met le malade dans un bain émollient, en lui recommandant d'uriner dans l'eau, si possibilité il y a. Il reste une heure dans sa baignoire sans aucun résultat. C'est alors qu'on fit la première ponction. A l'aide de l'appareil Dieulafoy, on le ponctionne, et on retire une quantité d'urine pesant 825 grammes. Cette ponction, qui a lieu presque sans douleur, amène un soulagement immédiat au malade, qui s'assoupit presque immédiatement.

On prescrit un régime léger : du bouillon, du lait, et pour le lendemain matin un nouveau bain. Puis, le soir, on lui met un suppositoire avec 3 centigrammes d'extrait de belladone.

29 octobre : T. matin 38, 2, soir T. 38, 6. A la visite du matin, le malade est dans son bain, ne pouvant pas uriner. La nuit a été relativement bonne, excepté la dernière partie, qui a été très agitée. Le malade est repris de nouveaux besoins d'uriner très fréquents.

Nouvelle ponction capillaire. Emission de 700 grammes d'urine, absolument limpide et claire.

Même prescription quant au régime : bouillon, lait, lavement émollient, bains de siège chauds répétés, suppositoire.

Le soir, à 7 heures 1/2, la température atteint 38, 6, et cependant la douleur diminue, le ténesme vésical est moins accusé. Nouvelle ponction. Emission de 760 grammes de liquide ayant le même aspect que précédemment. Potion bromurée à 4 grammes.

30 octobre : T. M. 37, 8. T. S. 37, 9. Nuit assez calme. Le malade a pris du repos jusque vers 4 heures du matin, où de nouveaux besoins d'uriner se sont fait sentir. A la visite, quatrième ponction capillaire donnant 660 grammes d'urine.

Pour la journée, même prescription, régime léger, lait additionné d'eau de Vichy artificielle. Lavement émollient. Suppositoire avec extrait de belladone 3 centigrammes.

Le soir à 8 heures, le malade émet dans le bain quelques gouttes d'urine.

On lui fait une cinquième ponction qui donne 300 grammes d'urine.

Cette urine soumise à l'analyse donne les résultats suivants :

Densité = 1,022.
Réaction = Acide.
Albumine = 0.....
Sucre = 0.....
Pus = 0.....

Il est à remarquer que cette urine ne contenait ni pus ni sang.

On prescrit pour la nuit une potion composée :

Bromure de potassium.... 3 gr.
Chloral..... 2 gr.

31 Octobre : T. m. 27,3. T. soir 37, 1. Le malade a passé une nuit tranquille, sans douleur. Mis dans un bain de siège chaud, il émet spontanément une certaine quantité d'urine. Enfin dans la journée, il émet en plusieurs fois différentes 250 grammes d'urine.

Cette urine, contrairement à celle évacuée au moyen de l'appareil Dieulafoy, contient des détritus purulents ou muqueux provenant probablement de la surface prostatique.

Le malade étant constipé et ayant quelques rares défécations excessivement douloureuses, on lui administre le matin 40 grammes d'huile de ricin.

1er novembre : T. m., 37°0. T. soir, 37°1. Nuit bonne, quoique le malade soit souvent réveillé par une douleur sourde, gravative, exigences de la vessie et besoin d'y satisfaire.

Le lendemain matin, émission d'urine abondante dans le bain; même traitement.

2 novembre : T. m. 37,1. T. s. 37,0. Le malade urine maintenant sans le secours des bains de siège. Le jet est hésitant, peu énergique, contourné en vrille. Les dernières gouttes d'urine seules provoquent un spasme douloureux.

3 novembre et jours suivants, amélioration notable. Enfin le 8 novembre

on commence le traitement de l'uréthrite en donnant au malade 6 grammes d'opiat.

19 novembre : L'écoulement a à peu près disparu. Une légère goutte blanchâtre chaque matin. On prescrit au malade une injection composée de :

Sulfate zinc.....	1gr 20
Eau.....	100gr.

Le *6 décembre 1885*, il sort complètement guéri.

OBSERVATION II

Rétention d'urine par cystite blennorrhagique. Ponction vésicale.

B... (Albert), 23 ans, sergent au 3e régiment d'infanterie de marine, est envoyé, le 2 décembre 1886, à l'hôpital pour rétention d'urine.

On ne relève dans son passé aucune affection de la vessie ni de l'urèthre ; pas de troubles de la miction pouvant faire soupçonner une affection ancienne ; mais il est atteint de blennorrhagie depuis 20 jours environ, et depuis quelque temps il urinait difficilement par ce fait.

Le 1er décembre dans l'après-midi, à la suite d'une marche militaire, la miction devint tout à fait impossible. Il resta dans cet état jusqu'au lendemain matin. Vers neuf heures on l'apporta à l'hôpital.

A ce moment le malade paraissait en proie à de vives douleurs. Il se tenait plié en deux, la respiration haletante, la figure anxieuse couverte de sueur, les mains sur l'hypogastre, réclamant à grands cris un soulagement à ses souffrances. La vessie faisait une saillie très sensible à la palpation et donnait une ligne de matité remontant à cinq travers de doigts au-dessous de l'ombilic. L'exploration anale très douloureuse ne révèle aucun gonflement de la prostate ; l'uréthre paraît souple, l'écoulement uréthral a disparu.

Le médecin de garde appelé près de lui fit d'abord deux tentatives infructueuses de cathétérisme à l'aide de sondes en gomme ; mais s'étant armé d'une sonde en argent, il parvint, après avoir attendu quelques instants au niveau de l'obstacle, à arriver dans la vessie. 1,100 grammes d'urine furent émis. Ces manœuvres avaient déterminé des douleurs très vives et même l'issue de quelques gouttes de sang.

On prescrivit un régime léger, du lait, un lavement émollient et un bain de siège. A huit heures du soir, le malade qui n'avait pas uriné depuis le matin réclamait à grands cris un soulagement. M. le professeur Fontorbe, alors chargé du service de la salle, sans essayer de pratiquer le cathétérisme, fit immédiatement une ponction capillaire à l'aide de l'appareil Dieulafoy et retira 730 gr. d'urine.

La T. à 9 heures du soir ; = 38° 5.

3 décembre : T. m. 37° ; T. soir, 37°9. La nuit a été agitée. Le malade n'a dormi que quelques heures. Le matin, il émet spontanément quelques gouttes d'urine.

On prescrit un régime léger, un litre de lait, un lavement émollient ; une potion avec 4 gr. de bromure de potassium et 2 gr. de chloral et un suppositoire avec 0 gr. 03 d'extrait de belladone.

4 décembre : Le malade émet spontanément pendant la nuit 150 gr. d'urine trouble, fétide, renfermant un précipité blanchâtre occupant environ le cinquième de la quantité du liquide.

T. M. = 37° 4. T. S. = 37° 5.

On pratique la seconde ponction dans la soirée. La quantité d'urine retirée égale 840 gr.

Même prescription, plus une bouteille d'eau de Vichy artificielle.

5 décembre : T. M. = 37°4 ; T. S. = 37°2.

Le malade a uriné 30 gr. d'urine qui se sépare par le repos en deux couches ; une supérieure, liquide, jaunâtre sans sucre, ni albumine, à réaction faiblement acide ; l'autre plus dense, trouble, contient du pus et un peu de sang.

Le soir, à 4 heures, troisième ponction amenant 690 gr. d'urines claires.

Même prescription, plus 8 sangsues au périnée.

A 9 heures, quatrième ponction et 500 gr. d'urine.

6 décembre : T. M. = 37°8 ; T. S. = 37°5. Nuit assez bonne ; le matin, envie d'uriner très vive.

Cinquième ponction donnant issue à 600 gr. d'urine.

Même prescription, plus une pilule de térébenthine de 0 gr. 20.

A 9 heures du soir, ponction vésicale donnant 450 gr. d'urine.

7 décembre : T. M. = 37°4 ; T. S. = 37°4. Nuit bonne ; émission spontanée dans le bain de quelques gouttes d'urine.

Septième ponction amenant 700 gr. d'urine. Même prescription.

8 décembre : T. M. = 37°4 ; T. S. = 36°. Nuit moins bonne. Dans son

bain, à trois reprises différentes, le malade émet quelques gouttes d'urine.

Huitième ponction qui donne 650 gr. d'urine. Même prescription.

Dans l'après-midi, le malade émet en quatre fois 150 gr. d'urine qui donnent à l'analyse :

Densité, 1,031 ;
Réaction acide ;
Albumine, 0 ;
Sucre, 0 ;
Dépôt abondant formé de pus. Pas de sang.

9 décembre : Le malade a uriné spontanément pendant la nuit la valeur de 650 gr. La nuit a été meilleure que les précédentes.

T. M. = 36° 5, T. S. = 37°.

Douleur au niveau des testicules se manifestant après la miction. Cette même douleur se produisait également depuis deux jours après les ponctions.

Même prescription.

10 décembre : Le malade a bien dormi. Il a émis spontanément dans la journée d'hier et pendant la nuit la valeur de 750 gr. d'urine. Dépôt purulent peu considérable. La douleur testiculaire s'atténue.

T. M. = 36° 7, T. S. = 37°.

Même prescription.

10 décembre : T. M. = 36° 8. T. S. 37°.

Emission spontanée depuis hier de 900 gr. d'urine.

Le dépôt a beaucoup diminué. La douleur testiculaire est à peu près disparue.

Du 11 au 15, l'amélioration continue : il n'y a plus qu'un dépôt insignifiant pour les urines. Mais le 15, l'écoulement uréthral reparaît. Il est assez abondant, opalin.

Le régime du malade est augmenté ; on lui donne du vin et 6 gr. d'opiat.

Le *22 décembre :* l'écoulement persistait encore ; la miction s'opérait sans aucune souffrance. Un peu de paresse de la vessie.

On donne au malade de l'eau vineuse, du vin de quinquina et une pilule renfermant 0gr. 10 d'extrait de gentiane et 0gr. 02 d'ext. de noix vomique. L'opiat est suspendu.

Le *3 janvier,* on introduit sans difficulté dans l'urèthre une sonde Béniquet, n° 31.

Le *28 janvier,* l'écoulement a disparu à peu près. Il n'y a plus qu'un suintement.

On donne au malade deux injections par jour avec : tannin, 1 gr.; vin, 100 gr.

Il sort complètement guéri le *17 février 1887.*

DISCUSSION

Comme on a pu le voir dans les deux observations qui précèdent, sauf une légère ascension thermique au début, la maladie a évolué sans fièvre. Les nuits ont été souvent agitées. Cela tient sans doute à ce que les ponctions n'étaient pas assez fréquentes, ni faites à des intervalles assez réguliers. Chaque fois qu'une ponction a été pratiquée le soir à une heure assez avancée, la nuit a été meilleure. La piqûre de l'aiguille n'a déterminé qu'une douleur légère et de courte durée, et les malades qui éprouvaient au début une certaine appréhension attendaient ensuite avec impatience l'heure de la ponction.

En même temps ils étaient soumis au traitement général, émissions sanguines locales, bains de siège, suppositoires belladonés, lavements émollients ; à l'intérieur, administration de potions au chloral et au bromure de potassium. Pour toute boisson on ne leur donnait qu'un litre de lait par jour, afin de diminuer la quantité d'urine et d'éviter la distension de la vessie.

Chez notre premier sujet, aucune complication ne s'est produite. Ce résultat nous a d'autant plus frappé que dans le lit voisin était couché un malade atteint comme lui de prostatite blennorrhagique et de rétention d'urine, chez lequel le traitement général seul a suffi pour rétablir la miction. Mais la prostatite s'est terminée par suppuration. Chez le second, nous n'avons noté qu'une douleur dans les testicules, douleur qui a été d'ailleurs très passagère.

La miction spontanée a pu se faire au bout d'un temps relativement court ; 5 jours pour le premier ; 7 jours pour le second. Nous avons la conviction que la guérison eût été plus prompte si les ponctions eussent été plus fréquentes.

En présence d'un cas analogue, voici, à notre humble avis, quelle devrait être la ligne de conduite à tenir.

Après un examen sérieux, en tenant compte des divers éléments dont nous avons déjà parlé : nombre d'heures de la rétention, distension de la vessie, douleurs du sujet, le chirurgien devra savoir s'il y a urgence à évacuer la vessie. Si l'intervention s'impose il fera immédiatement une ponction capillaire, puis soumettra le malade au traitement général.

Dans le cas contraire, c'est au traitement général que reviendra la priorité; c'est seulement après avoir attendu les bénéfices de cette médication pendant un laps de temps qui ne doit jamais être très long, que l'on devra agir.

Toujours dans ces circonstances, tant que la miction spontanée ne sera pas rétablie, on devra ponctionner le malade à intervalles réguliers. Ainsi il est parfaitement inutile et même dangereux de laisser un malade pendant 24 heures sans vider sa vessie, comme cela est arrivé pour B. dans notre seconde observation. Le nombre des ponctions doit être en moyenne de trois par jour. On pourra faire la première à la visite du matin vers 8 heures; la seconde vers 3 ou 4 heures. La dernière le plus tard possible dans la soirée, vers 9 ou 10 heures, pour permettre au malade de reposer pendant la nuit. On évitera de la sorte l'accumulation de l'urine dans la vessie.

En faisant usage de l'appareil Dieulafoy, l'opération se fait toujours avec une certaine lenteur, et l'on n'a pas à redouter l'évacuation trop prompte de l'urine. Aussi dans nos observations ne s'est-on guère préoccupé de laisser un peu de liquide dans le réservoir urinaire. Toutefois, c'est peut-être là une bonne précaution à prendre.

CONCLUSIONS

Nous croyons maintenant pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° La rétention d'urine inflammatoire reconnaît en général une origine blennorrhagique.

2° Son traitement présente deux indications : l'inflammation qui doit être combattue par les antiphlogistiques et les émollients.

L'évacuation prompte de l'urine.

3° La ponction capillaire est un moyen plus rationnel et moins dangereux d'évacuer l'urine que le cathétérisme.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux le 7 juin 1887
Le Président,
Dr E. MASSE

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 juin 1887.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
ROUMESTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DIEULAFOY. — Traité de l'aspiration, 1873.

HENRIET. — Etude sur l'emploi des sondes à demeure dans les rétentions d'urine, *Tribune médicale,* 1876.

BRUN.-BUISSON. — Thèse de Doctorat; Paris, 1872.

FOCHIER. — *Lyon médical,* 1874.

WATELET. — Thèse de Doctorat, 1871.

DESAULT. — Maladies des voies urinaires.

CIVIALE. — Traité pratique des maladies des voies urinaires.

VOILLEMIER et LE DENTU. — Maladies des voies urinaires.

THOMPSON. — Leçons cliniques.

THOMPSON. — Traité des maladies des voies urinaires.

RELIQUET. — Opérations qui se pratiquent sur les voies urinaires.

GUYON. — Leçons cliniques.

RIZAT. — Maladies vénériennes.

EUGÈNE ROCHARD. — Art. *voies urinaires,* Dictionnaire Dechambre.

11,460. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.